

クレジットカード決済申込書

神戸市民生活協同組合 御中

私は、支払うべき共済掛金及び保険料(以下、「共済掛金等」といいます。)を収納代行会社『SMBC GMO PAYMENT株式会社』を通じて、私名義のクレジットカードによって支払うこととしたいので、クレジットカード支払規定を確約及び右記事項を確認のうえ依頼します。

枠内にご契約者様の組合員番号・お名前・ご住所・お電話番号をご記入ください。 ◆ご記入日 令和 年 月 日

ご契約者様情報等	組合員番号	10ケタ。現在組合員の方のみ。新規ご加入の方は記入不要です										
	フリガナ											
	契約者名(組合員)	電話番号	()	-								
		携帯電話	()	-								
契約者住所	〒 -											
	(アパート・マンション名及び部屋番号も必ずご記入ください)											

クレジットカード決済申込(新規・変更のいずれかに○を付けてください)

新規
 変更

※記載事項に不備がある等ご連絡させていただく場合があります。日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。枠内にカード情報等をご記入ください。(※ご契約者本人名義のクレジットカードに限らせていただきます。)デビットカードはご利用いただけません。クレジットカードの登録は契約者1名につき、1カードとなります。複数カードの登録はできません。

クレジットカード情報	カード種類	VISA ・ Master ・ JCB ・ AMEX ・ Diners																			
	会員署名	(必ずカード会員様ご自身がご記入ください)																			
	カード有効期限			月(MONTH)	/			年(YEAR)													
	カード番号(16ケタ)					-					-										

カード決済を申し込む契約種目を以下よりご選択及びご記入ください。ただし、月払いの共済掛金等(医療共済・子ども共済等)のみを対象とします。(交通災害共済等年払いの共済掛金等については、クレジットカード決済できませんのでご注意ください)

※以下ご選択のうえ、同一月に複数の共済契約・保険契約等がある場合は、まとめてのご請求となります。

ご記入いただいた組合員番号に紐付く全ての契約を決済対象とします。今回、新たに共済契約・保険契約を申し込まれる方は、当該申込を含む全契約とします。
※ご選択がない場合、もしくは複数ご選択された場合は、こちらの取扱いとさせていただきます。

以下に指定する契約種目(同一組合員番号のご契約に限ります)を決済対象とします。(カード決済ご希望の契約種目にチェックを入れてください)

<input type="checkbox"/> 医療共済	<input type="checkbox"/> 子ども共済(月払のみ)	<input type="checkbox"/> 傷害補償(団体総合生活保険)	<input type="checkbox"/> 火災共済(月払のみ)
-------------------------------	--------------------------------------	---	-------------------------------------

今回新規申し込みする共済契約(保険契約)のみを決済対象とします。

※ 組合使用欄

受付	登録	照合	備考

クレジットカード支払規定

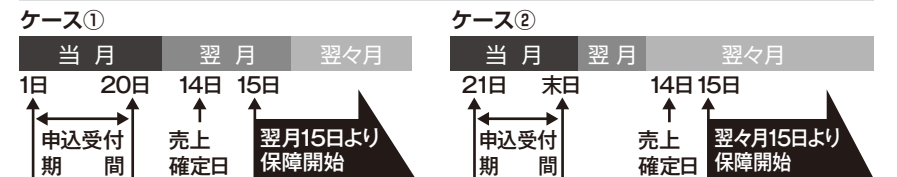
神戸市民生活協同組合または当組合指定の収納代行会社(SMBC GMO PAYMENT株式会社)を、以下「神戸市民生協等」といいます。

- 私が支払うべき共済掛金等の料金を、私が指定するクレジットカードでクレジットカード会社の規約に基づき支払います。
- 私が指定するクレジットカード会社から神戸市民生協等へ支払いを承認できない旨の通知があった場合は、神戸市民生協等が指定する払込み方法により支払います。
- 私が指定するクレジットカードの会員番号に変更があった場合、遅滞なく神戸市民生協等にその旨を申し出ます。
- 私が指定するクレジットカード会社の会員資格を喪失した場合はもちろん、私が指定したクレジットカード会社の利用代金や年会費の支払状況等によっては、神戸市民生協等または私が指定したクレジットカード会社の判断により一方的に本手続を解除されても異議ありません。
- カード紛失等で、私が指定したクレジットカード会社の会員番号が変更になった場合、私の事前承諾なしに新しい会員番号がクレジットカード会社より神戸市民生協等へ通知されても異議はありません。
- 私が指定するクレジットカードによって支払った共済掛金等の料金については神戸市民生協等の領収書を請求しません。

ご確認事項

- ・組合員番号は「共済契約証書」,「契約更新のご案内」等にてご確認ください。
- ・組合員でない方が当組合および各種共済・保険へお申し込みいただく際は、初回のみ共済掛金等とともに1口(50円)の出資金をご請求させていただきます。
- ・取扱クレジットカードは、VISA・Master・JCB・AMEX・Dinersのカード、及び提携カードです。
- ・ご利用の際は、ご契約者様本人名義のクレジットカードに限らせていただきます。
- ・本申込受付時にクレジットカードの有効性等についてカード会社に確認させていただきます。カードが有効でない場合は、ご契約・ご変更いただくことができません。
- ・お申し込みから手続き完了まで1ヶ月程度を要する場合があります。当組合及び収納代行会社間での売上確定日は毎月14日となるため、新たにご契約いただく場合、売上確定日翌日の15日より共済契約発効となります。なお、保険契約の場合、発効日は売上確定日翌月の1日となります。
- ・ご契約者様によりますカード会社へのお支払いは、ご利用カード会社の指定日となります。
- ・お支払い回数は「1回払い」のみとさせていただきます。
- ・カード決済する契約種目をご選択ください。ご選択がない場合は、組合員番号に紐付く全ての有効契約(年払いの契約種目は対象外となります)を決済対象とさせていただきます。契約種目の指定において、チェックされた契約種目が有効でない場合は、有効契約のみ決済させていただきます。
- ・ご契約者様のやむを得ない事情があり、組合が特に認めた場合は2ヶ月分をまとめてご請求する場合があります。
- ・支払カード変更の場合、もしくはご契約者様の都合によりカード決済を中断後に再開する場合には、新たに申込書をご提出いただく必要があります。
- ・ご契約者様より契約満了日までに契約を更新しない意思または変更の申し出がない限りは、契約更新の申し込みがあったものとみなし、組合がこの申し込みを承諾したときは、組合はクレジットカード会社に共済掛金等の請求を行います。
- ・ご解約等の場合、翌月のクレジットカードでのご請求を止めることができないことがあります。そのような場合には、後日、当組合より返金させていただきます。
- ・本申込書は、お申し込み後当組合が責任をもって3年間保管し、廃棄いたします。
- ・クレジットカード情報は、クレジットカード払い及びこれに付随する業務のみを利用目的とし、当組合の個人情報保護措置を講じううえで、収納代行会社『SMBC GMO PAYMENT株式会社』へ委託します。

お申し込みから保障開始まで



※保険契約の場合、発効日は売上確定日翌月の1日となります。

切り取り線

クレジットカード決済申込書記入例

神戸市民生活協同組合 御中

私は、支払うべき共済掛金及び保険料(以下、「共済掛金等」といいます。)を収納代行会社『SMBC GMO PAYMENT株式会社』を通じて、私名義のクレジットカードによって支払うこととしたいので、クレジットカード支払規定を確約及び右記事項を確認のうえ依頼します。

枠内にご契約者様の組合員番号・お名前・ご住所・お電話番号をご記入ください。◆ご記入日 令和 X 年 X 月 X 日

ご契約者様情報等	組合員番号	10ケタ。現在組合員の方のみ。新規ご加入の方は記入不要です									
	フリガナ	セイキョウ タロウ			電話番号	(078) 123 - 4567					
	契約者名(組合員)	生協 太郎			携帯電話	(090) 1234 - 5678					
契約者住所	〒650 - 0032 神戸市中央区伊藤町111番地 神戸商工中金ビル5階										

クレジットカード決済申込 (新規・変更のいずれかに○を付けてください)

新規
 変更

※記載事項に不備がある等ご連絡させていただく場合があります。日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。枠内にカード情報等をご記入ください。(※ご契約者本人名義のクレジットカードに限らせていただきます。)デビットカードはご利用いただけません。クレジットカードの登録は契約者1名につき、1カードとなります。複数カードの登録はできません。

クレジットカード情報	カード種類	<input checked="" type="radio"/> VISA <input type="radio"/> Master <input type="radio"/> JCB <input type="radio"/> AMEX <input type="radio"/> Diners														
	会員署名	生協 太郎														
	カード有効期限	X X 月(MONTH) / X X 年(YEAR)														
	カード番号(16ケタ)	4 9 8 0 - 1 2 3 4 - 5 6 7 8 - 9 0 1 2														

カード決済を申し込む契約種目を以下よりご選択及びご記入ください。ただし、月払いの共済掛金等(医療共済・子ども共済等)のみを対象とします。(交通災害共済等年払いの共済掛金等については、クレジットカード決済できませんのでご注意ください)

※以下ご選択のうえ、同一月に複数の共済契約・保険契約等がある場合は、まとめてのご請求となります。

ご記入いただいた組合員番号に紐付く全ての契約を決済対象とします。今回、新たに共済契約・保険契約を申し込まれる方は、当該申込を含む全契約とします。
 ※ご選択がない場合、もしくは複数ご選択された場合は、こちらの取扱いとさせていただきます。

以下に指定する契約種目(同一組合員番号のご契約に限ります)を決済対象とします。(カード決済ご希望の契約種目にチェックを入れてください)

<input type="checkbox"/> 医療共済	<input type="checkbox"/> 子ども共済(月払のみ)	<input type="checkbox"/> 傷害補償(団体総合生活保険)	<input type="checkbox"/> 火災共済(月払のみ)
-------------------------------	--------------------------------------	---	-------------------------------------

今回新規申し込みする共済契約(保険契約)のみを決済対象とします。

※ 組合使用欄

受付	登録	照合	備考

ご記入にあたっての注意事項

記入例に沿って ①～⑩ をもれなくご記入・ご選択ください。

- ① 申込書にご記入いただいた日をお書きください。
- ② 現在、組合員の方のみ10ケタの組合員番号をご記入ください。新規ご加入の方は、記入の必要はありません。組合員番号は、「共済契約証書」、「契約更新のご案内」等にてご確認ください。
- ③ ご契約者様のお名前を漢字・カナともご記入ください。
- ④ 記載事項に不備がある等ご連絡させていただく場合がありますので、日中連絡のとれる電話番号をご記入ください。
- ⑤ ご契約者様の郵便番号・ご住所をご記入ください。
- ⑥ 初めてクレジットカード決済を申込まれる方は「新規」を、現在登録中のカード情報を変更される方は「変更」を○で囲んでください。
- ⑦ カードの種類を○で囲んでください。(記載のカードブランド以外のブランド、およびデビットカードはご利用いただけません)
- ⑧ 必ずご契約者様ご本人がご署名ください。ご契約者様本人名義以外のカード決済はお取り扱いできませんのでご注意ください。
- ⑨ カードの有効期限・カード番号をご記入ください。
- ⑩ カード決済を申し込む契約種目をご選択及びご記入ください。ご選択がない場合、もしくは複数ご選択された場合は、同一の組合員番号に紐付く全ての契約を決済対象とします。